Aus der
Psychiatrischen und Nervenklinik zu Breslau.
(Direktor: Prof. Dr. Wollenberg)

Schizophrene Züge bei Paralyse.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der Medizin und Chirurgie der Hohen Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Waldemar Bienek

Breslau 1928

«Quader« Druckerei und Verlagsanstalt G. m. b. H. Breslau 1, Herrenstraße 19.

Gedruckt

mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.

Berichterstatter: Prof. Dr. Wollenberg.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinem Vater!

Schizophrene Züge bei Paralyse.

Bei der sich heute immer mehr Geltung verschaffenden Neigung, als primäre Ursache des Symptomkomplexes Schizophrenie einen organisch angreifenden Prozeß anzunehmen, ist dem Auftreten schizophrener Symptome bei sicher organisch bedingten Krankheiten besondere Aufmerksamkeit zu schenken; denn wenn es uns gelänge, allmählich und nach einander sämtliche bisher für Schizophrenie charakteristischen Züge auch bei anderen, sicher durch primär anatomisch-pathologische oder physiologisch-pathologische Vorgänge hervorgerufenen Erkrankungen nachzuweisen und diese zwanglos aus den betreffenden organischen Veränderungen des Gehirns zu erklären, so dürfte dadurch die genannte Hypothese viel am Boden gewinnen.

Unter den in Betracht kommenden Krankheiten ist vor allem die progressive Paralyse zu nennen, da zwischen dieser und der Schizophrenie — wie schon lange bekannt — besonders enge Beziehungen festzustellen sind. Auf das auffällig häufige Auftreten der progressiven Paralyse in der Ascendens der Schizophrenie ist schon mehrfach hingewiesen worden (*Pilz*[1], *Kraepelin*[2]). Eingehendere Untersuchungen hat *Berze*[3]) diesem Problem gewidmet. Er führt an, daß auch bei Luetikern, die keinerlei metaluetische Erkrankungszeichen des Nervensystems aufweisen, in der Descendenz neben anderen Psychosen und angeborenen primären Defekten besonders zahlreich die Dementia praecox auftrete, was uns in der Auffassung bestärkt, daß eben ein organischer — hier der kongenitale syphilitische — Prozeß ursächlich im Zentrum der entstehenden psychotischen Bilder steht. Weitere, gleichsinnige Belege für die engen hereditären Beziehungen zwischen Paralyse und Dementia praecox finden wir bei *Stransky*[4]), *Hirschel*[5]), *Voisier* und *v. Wagner*. Diese Erfahrungen zusammen mit der Feststellung der häufigen originären psychischen Minderwertigkeit später schizophren Erkrankter, haben — soweit man in der Ascendenz syphilitische Infektion konstatieren konnte — zu dem Begriff der „syphilitischen Belastung" der Schizophrenen geführt, die sich in einer leichteren Abnutzbarkeit und schneller eintretenden Aufbrauchsschädigung der Hirnanlage ausdrücke; womit also auch die Bedeutung einer Organschädigung für das Entstehen der Schizophrenie betont wäre. Allerdings, in ihr die primäre und entscheidende Ursache zu sehen, bedarf es noch weiterer beweisender Momente; denn hier ist immer noch die Auf-

fassung von *Bleuler*[6]), *Kretschmer*[7]) und anderen möglich, welche psychotische Komponenten in der Ursachenlehre der Schizophrenie als wesentlich in den Vordergrund schieben, und in der organischen Schädigung des Gehirns eine nicht immer und nicht ausschließlich notwendige Vorbedingung, nur etwa den günstigen Boden für die Auswirkung psychischer Attaken sehen wollen. Ebenso für beide Parteien zu verwerten ist die empirische Tatsache, daß wir schizophrene Symptome in sichtlich kausalen Zusammenhange auch mit verschiedenen anderen Körperschädigungen auftreten sehen, z. B. anschließend an Schädeltraumen (*Stöker*), dann auch bei Infektionen, Alkoholmißbrauch, Inanition usw. Die Beziehung zu den zuletzt genannten Zuständen, vor allem aber das Auftreten wenigstens angedeuteter schizophrener Züge um die Zeit der kritischen Umwälzungen im Organismus, in der Pubertät und in der Rückbildung, dann weiter nach dem Puerperium, der Lactation weisen auf eine wichtige Rolle des Stoffwechsels und der inneren Sekretion bei der Entstehung der Schizophrenie hin. Wie weit solche Befunde mit pathologisch-anatomischen Veränderungen im Gehirn evtl. zu verbinden wären, steht dahin. Jedenfalls besteht keine unüberbrückbare Kluft, da wir doch an eine Beeinflussung der inneren Drüsen und des Stoffwechsels durch die Innervation glauben und durch zentrale, pathologisch-anatomische Vorgänge mit letzterer selbstverständlich die normale Harmonie des Systems leiden kann. Wenn wir hier noch an die wechselseitige Verknüpfung der innersekretorischen und Stoffwechselfunktionen mit den Gemütsbewegungen denken, denen man vielfach ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Auslösung der Schizophrenie zuerteilt hat (*Raimann*[8]), *Berze*[3]), *Bleuler*[6]) und die umgekehrt ja auch im Mittelpunkte der Erscheinungen dieser Krankheit stehen, so schließt sich der Kreis der abwechselnd als Ursache oder Folge hervortretenden Funktionen — organische Schädigung des Gehirns — Stoffwechsel und innersekretorische Störung — psychische Reaktionen — in befriedigender Weise. Wir sehen also, daß die Grundfrage, ob ein organischer Prozeß die primäre Ursache des Symptomenkomplexes Schizophrenie darstellt oder nur rein psychotische Momente, erst die Beantwortung dieser drei Vorfragen verlangt: nach der Beziehung der Schizophrenie zu psychischen Attaken, zu Umwälzungen im Stoffwechsel und in der inneren Sekretion, und zu anatomisch- und physiologisch-pathologischen Befunden im Gehirn. Die anschließend zusammengestellten einschlägigen Daten aus der Literatur, die erläuternden Betrachtungen über das Problem und die Fälle, welche zuerst der Anregung zu dieser Arbeit und jetzt umgekehrt zu ihrer Illustration dienen, sollen nun ein Beitrag vor allem zu der letzten Frage sein; denn, inwieweit ein das Zentralnervensystem mechanisch alterierender Prozeß primär ist und wie er die resultierenden schizophrenen Symptome bedingt, — hierüber wird, wie gesagt, an erster Stelle ein Aufschluß aus dem Studium der organisch kranken Fälle mit schizophrenen Zügen zu gewinnen sein und unter diesen auf Grund der

oben erwähnten besonderen Beziehungen vorzüglich demjenigen der Paralysefälle mit schizophrenem Einschlag! Hierfür ist nun Voraussetzung, daß gerade die Fälle als weniger zu solchen aufklärenden Studien geeignet unterschieden und gesondert betrachtet werden, welche die bei *Bleuler* ausschließlich berücksichtigte Möglichkeit, nämlich eine zufällige Kombination eigentlicher Schizophrenie mit progressiver Paralyse darzustellen scheinen, wie wir sie durch Aufpfropfung einer Paralyse auf eine bereits manifeste Schizophrenie oder durch Auslösung einer latenten durch Paralyse zustande kommen sehen. Denn bei diesen ist bereits vorher irgend eine uns noch nicht faßbare, schizophrene Symptome erzeugende Störung im Gehirn oder in der Psyche vorhanden. Wo wir dagegen bei vorher anscheinend vollständiger Gesundheit von Gehirn und Psyche, erst durch den uns gut bekannten Vorgang der syphilitischen Infektion mit resultierender Paralyse die Symptome auftauchen sehen, werden wir mit Hoffnung auf Erfolg versuchen können, deren direkte Abhängigkeit von dem organischen Vorgang nachzuweisen.

Seit *Kahlbaum*[9]) im Jahre 1874 das Krankheitsbild der Katatonie aufgestellt hat, haben eine Reihe Autoren auf das gleichzeitige Vorkommen von Katatonen und paralytischen Symptomen bei denselben Kranken aufmerksam gemacht. *Knecht*[10]) berichtet 1885 über vier Fälle, die er als Mischformen von Katatonie und progressiver Paralyse aufgefaßt. *Näcke*[11]) beobachtet bei typisch verlaufenden Paralysen stundenweises Auftreten von Stupor mit negativistischen Muskelspannungen. Weitere, rein kasuistische Mitteilungen zu diesem Problem brachten: *Köthgen*[12]), *Nißl*[14]), *Jahrmärker*[14]), *O. Fischer*[15]), *Binswanger*[16]), *Matauschek*[17]), *Willmanns* und *Ranke*[18]), jedoch alle ohne nähere Stellungnahme. Von den Autoren, die der Frage eingehenderes Interesse widmen, neigt *Bleuler*[6]), trotzdem er die Wahrscheinlichkeit einer pathologisch-anatomischen Ursache für schizophrene Symptome annimmt, zu der Auffassung, daß katatone Erscheinungen, wie die schizophrenen überhaupt, im Verlauf von Paralysen auf eine schon vorher manifeste oder latente Schizophrenie zurückzuführen seien, derart, daß bereits vor dem anatomisch-pathologischen Einwirken des paralytischen Prozesses auf das Gehirn ein pathologischer Vorgang aktiv war. Allerdings hat er während siebenundzwanzigjähriger Praxis nur einen Fall gesehen und hält dafür, daß Lues bei Schizophrenen vielleicht wegen deren autoerotischer Veranlagung selten zu konstatieren sei. Erwähnt sei an dieser Stelle, daß er — entsprechend der sehr weiten Fassung des von ihm geschaffenen Begriffes Schizophrenie — zu den beiden Begriffen manifeste und latente Schizophrenie noch eine dritte schwächste Abstufung schizophrener Erscheinungen hinzugesellt, nämlich den „schizoiden Psychopathen", bei dem die Symptome und ihre Ursache noch „in der Breite der Gesundheit" lägen. Neuerdings sind dafür auch andere Bezeichnungen gewählt worden, über deren Vorzüge man verschiedener Meinung sein kann. So unterscheidet *Kretschmer* schizothym, schizoid und schizophren, *Wollenberg* schizo-

tisch, (schizoid), schizopathisch, schizophren. Dabei stellt bei *Kretschmer* der Schizothyme den leichtesten, noch in die Gesundheitsbreite fallenden Typ dar, während *Wollenberg* die sämtlichen zu dieser Gruppe gehörenden Persönlichkeiten als schizotisch (bei stärkerer Ausprägung schizoid) zusammenfaßt und weiter unterscheidet: die der Blenberschen latenten Schizophrenie entsprechenden Schizopathen und die Proceßkranken als Schizophrene. Die Bezeichnung schizotisch (ebenso wie der gleichsinnige, grammatisch nicht so treffende Ausdruck *Kretschmers:* schizothym) wäre auch in einem zweiten weiteren Sinne — außer als Kennzeichnung eines Grades der schizophrenen Symptome — nämlich als „umfassendes Kennwort für den großen allgemeinen Biotyp" zu gebrauchen, „der in sich die weiten Massen gesunder Individuen mit den vereinzelt dazwischen verstreuten zugehörigen Psychosen umfaßt." (*Kretschmer.*) Die klinisch-medizinischen Erfahrung, welche zuerst aus dem fachmännischen Anamnese-Studien später an manifester Schizophrenie und Cyclothymie Erkrankter zu der Feststellung kam, daß schon zu der Zeit angeblich voller Gesundheit sich gewisse Rudimentformen der später pathologisch betonten Symptome zeigten und so aufmerksam gemacht, den Blick über die Mauern der Kliniken richtete, hat durch die Charakterstudien zu diesen allgemein psychologisch und philosophisch wertvollen Erkenntnissen geführt, die nun, ihrerseits wieder von aufklärender, fördernder Nützlichkeit, der psychiatrischen Spezialarbeit dienen. Die Allgemeinheit des Volkes bietet sich uns nun charakterologisch in einer bestimmten Typen-Ordnung, deren Hauptgruppen wir — eben wegen ihrer rudimentären Ähnlichkeit mit den entsprechenden psychiatrischen Krankheitsbildern — als schizotisch oder synton (nach *Kretschmer* schizothym und zyklothym) von einander scheiden. Diese Ansichten hier zu erwähnen, ist nötig, weil sie verständlicherweise eben durch die Art, wie man zu ihnen kam, leicht dazu verführen, die Grenzen zwischen „gesund" und „krank" vollständig zu verwischen, indem man von der schizotischen Persönlichkeit zur Krankheit Schizophrenie einen allmählichen Übergang anzunehmen geneigt ist. Wenn man als Ursache der Schizophrenie aber einen pathologischen Prozeß im Gehirn annehmen will, ist darin ein scharf begrenzter Unterschied gegen das gesunde Gehirn gegeben. Auf dem Boden dieser Arbeit nehmen wir also eine feste Grenze an, indem wir Krankheit erst in dem Vorhandensein eines aktiven, organisch faßbaren Prozesses sehen wollen, der die normale Assoziation, also das logische, weitgehendst reale Denken zuerst stört und endlich zerstört. Der gesunde Mensch kann dann also wohl einen schizotischen Charakter haben, indem er durch Veranlagung und Umstände eine besondere Betonung gewisser psychischer Teilzüge erfährt, aber die kompensierende Wirkung der anderen Faktoren, z. B. das reale Rechnen mit der Außen- und Umwelt, wäre noch da und voll wirksam. Die Lösung dieser Kompensation, das Ausfallen des subjektive Affekte und objektive Tatsachen balan-

cierenden assoziativen Denkens wäre, nach der Auffassung dieser Arbeit, nur denkbar und objektiviert als organischer, anatomisch- oder physiologisch-pathologischer Prozeß. Trotzdem wir nun aber Abwandlungen des normalen Charakters mit mehr schizotischer oder syntoner Färbung als noch „in der Breite der Gesundheit liegend" auffassen, ist ihre Feststellung für unsere medicinischen Betrachtungen von Bedeutung, da wir uns leicht vorstellen können, daß ein organischer, psychische Symptome auslösender Prozeß in seinem Außenbilde bei einem Schizotischen oder Syntonen gewisse unterschiedliche Varianten aufweisen wird. Die Beziehung speziell der Paralyse zu einer solchen schizotischen Persönlichkeit wird weiter unten darzulegen sein.

Gegenüber der Neigung *Bleulers*, bei eventl. im Rahmen einer organischen Psychose auftretenden schizophrenen Zügen auf eine Kombination beider in sich verschiedener Krankheiten zu schließen, nimmt *Schröder* [19]) Stellung. Unter den 1912 und 1916 von ihm veröffentlichten Fällen hat er bei keinem in der Anamnese eine Stütze für die Annahme einer vorher manifesten oder latenten Schizophrenie finden können. Bei den Fällen VII seiner beiden veröffentlichten Arbeiten ist beachtenswert, daß sie in der ersten Phase katatonisch erschienen, dann aber jeden katatonen oder hebephrenen Zug verloren; wobei natürlich die evtl. Möglichkeit einer totalen Überdeckung der Schizophrenie durch eine spätere paralytische Psychose anzugeben ist. Zu bewerten ist auch, daß er bei allen seinen Fällen hypochondrische Sensationen nachweisen konnte, welche er in Parallele zu *Kahlbaum* [9]) als Erklärungsversuch der hyper- oder akinetischen Symptome auffaßt, wie jener die Wahnideen negativistischer Kranker für etwas Sekundäres „gegenüber dem eigentlichen sozusagen organischen Impuls". Eine differenzialdiagnostische Bewertung der katatonen Symptome nach der Quantität hält er auf Grund seiner Fälle für irreführend, ebenso wie ihm ein diagnostischer Schluß aus der zu beobachtenden schizophrenen Genese der Symptome mit Rücksicht auf das oft stuporöse Verhalten der Kranken selten möglich scheint.

Die Notwendigkeit einer strengen Scheidung zwischen den Fällen von Paralyse, bei denen schizophrene Symptome vorkommen, ohne daß der Verdacht einer latenten oder gar manifesten Schizophrenie in der Anamnese begründet ist, und solchen, welche eine sichtliche Kombination beider Krankheiten darstellen, hat *Häfner* [20]) besonders betont, von dem wir bisher die gründlichste Bearbeitung der vorliegenden Aufgabe haben. Deshalb kritisiert er auch eine Schlußfolgerung, die der pathologische Anatom *Jakob* [21]) auf Grund histologischer Befunde bei fünf Fällen derart berechtigt glaubte, „daß der paralytische Entzündungs- und Degenerationsvorgang bei langsamer und geringgradiger Entwicklung eine mehr katatone Färbung der Psychose abgäbe", als durchaus bedenklich, weil Fall I und II dringend auf eine vorher bestehende Psychose anderer Ätiologie verdächtig seien. Zudem hält er in Fall I und IV die

Zustandsbilder nicht für kataton, sondern eher paranoid, was allerdings bei unserer Fragestellung nicht als Gegenargument zu werten wäre, da uns ja doch alle schizophrene Symptome, also auch die paranoiden interessieren. Und endlich bliebe noch einzuwenden, daß die gefundenen pathologisch-anatomischen Veränderungen durchaus nicht so selbstverständlich der Paralyse zur Last zu legen sind. Wenn wir auch noch keine spezifischen Gehirnbefunde bei Schizophrenie nennen können, so ist doch ihre ursächliche Beziehung zu dieser in den erwähnten Fällen wie überhaupt schließlich möglich, besonders nach unserer heutigen, fast allgemeinen Neigung. Unter den in *Häfners* Arbeit angeführten Fällen entsprechen zwei der Auffassung *Bleulers:* sowohl die Anamnese als die Genese der Symptome weisen deutlich auf eine vorhandene Schizophrenie hin. Zwei Krankheiten liegen nebeneinander vor, und hier dürfte das Betreben, die schizophrenen Symptome zu dem organisch-paralitischen Prozeß direkt oder indirekt in Beziehung zu bringen, kein fruchtbares Resultat zeitigen. Dagegen sind alle anderen angeführten Fälle geeignet, die auftretenden schizophrenen Symptome als Folge der pathologisch-anatomischen Hirnveränderungen zu erklären. Vor allem spricht für diesen Zusammenhang, daß die betreffenden Symptome immer in Verbindung mit Benommenheit, Herderscheinungen oder anderen Hinweisen auf eine gleichzeitige aktiv-organische Störung im Gehirn auftreten. Hier wäre auch an das von *Häfner* zwar nicht erwähnte Auftreten von epileptiformen Anfällen der Schizophrenie zu erinnern, auf das schon *Kahlbaum* [9]) und in neuerer Zeit *Vorkastner* [22]) hingewiesen hat. *Häfner* gelingt es bei allen seinen Fällen, die Genese der Symptome zwanglos als direkte oder indirekte Folge der organisch-paralytischen Veränderungen zu erklären. Hierzu betont er als wichtig, daß bei den Fällen entweder nur A = bzw. Hypokinese oder Hyperkinese festzustellen war. Jedenfalls wechselten bei gleichem sonstigen Zustand nicht beide mit einander ab, und stand eine Kategorie konstant im Vordergrunde. Für die hyperkinetischen Symptome, zu denen er auch Stereotypie, Verbigeration, Echolalie und -praxie zählt, glaubt er die Ursache in leichten Assoziationslösungen bei gleichzeitigem Betätigungsdrang zu finden, welche beide sich als Folge der primären organischen, anatomischen oder physiologischen (— in diesem Falle wären sie reversibel! —) Veränderungen im Gehirn verstehen ließen. Den Schlüssel für das Verständnis dieser Erscheinung, welche nur die pathologische Verstärkung einer gewissen „physiologischen Perseverationstendenz" zu sein scheint, findet er in dem Verhalten der Kinder: „Kleine Kinder pflegen, wohl weil ihnen der Erinnerungsschatz ganz oder teilweise mangelt, aus dem schöpfend sie auf immer neue Art ihren physiologischen Betätigungsdrang, einschließlich des sprachlichen, befriedigen können, nachzuahmen, was sie gehört und gesehen haben, bzw. zu wiederholen, was sie spontan schon fertigbringen, so daß bei ihnen Echolalie, Echopraxie und Stereotypien in Wort

und Bewegung etwas ganz gewöhnliches sind. Ein Kranker, der seinen Erinnerungsschatz zum größten Teil verloren hat, wird bei gesteigertem Betätigungsdrang sich ähnlich verhalten müssen." Ebenso erklärt er an dem Beispiel der Kinder den Negativismus: „auch die negativistische Tendenz findet ihr Analogon in dem eigensinnigen Widerstreben namentlich kranker Kinder, die jede Manipulation an ihrem Körper gleichsam als feindliche Handlung betrachten und dementsprechend beantworten". Mit dem Versuch einer derartigen Erklärung bewegt er sich durchaus in der Richtung einer historischen Erkenntnis, die wir schon bei *Carus*[23]) 1829 deutlich fixiert sehen: „Auf diese Weise würden sich dereinst die krankhaften Stimmungen der Seele, insofern sie als Widerschein der Krankheiten der Organisation vorkommen, immer deutlicher entwickeln lassen, je mehr man das Wesen der Krankheit selbst nach seiner tieferen Bedeutung, nämlich als Wiederholung eines besonderen organischen Lebens in der Form, wie es auf einer niedrigen Stufe der organischen Natur als normales erscheint, begriffen und erkannt haben wird." Vollendeten Ausbau hat diese Auffassung durch *Freud*[29]) in der Lehre der Psychoanalyse gefunden. Ihre Anwendung speziell auf das Denken und Erleben der Schizophrenen finden wir bei *Bleuler* (1911) und seinen Schülern, bei *Jung*[25]), *Schilder*[26]), und am eingehendsten bei *A. Storch*[27]); letzterer weist in den Vorstellungen der Schizophrenen eine Analogie zu denen der archaisch-primitiven Völker nach, welche aus dem bei beiden fehlenden höheren Denken und dem im Vordergrund-Stehen der Affekte zu verstehen ist.

Die Akinese versteht *Häfner* entweder als physiologische Reaktion auf Angstgefühl, bzw. den daraus hervorgegangenen Wahnvorstellungen, oder er sieht, zum zweiten, ihre Entstehung in Hemmungen begründet. Auf gleichem Boden entsteht der Negativismus. An sich betrachtet er ihn als eine der niedrigeren Einrichtungen unseres Nervensystems, entsprechend *Carus* und *Storch.* Dieses natürliche Widerstreben wird aber noch durch Fragen und Drängen der Umgebung erhöht. *Häfner* sagt: „Erst als er (d. i. der Kranke) zur Überwindung seiner Hemmung durch fortgesetzte Fragen gezwungen und passiv bewegt werden soll, widerstrebt er. Ich möchte meinen, weil das Gefühl des Unvermögens sich instinktiv gegen eine Vergewaltigung der Persönlichkeit auflehnt, weil der Gedanke auftaucht: was du nicht selbst fertig bringst, soll ein anderer auch nicht mit dir machen." „Um sein Ich nicht fremdem Willen preiszugeben, macht der Kranke aus seinem Nicht-Können ein Nicht-Wollen." Die Nahrungsverweigerung kann außer der eben angeführten Ursache des Negativismus auch noch in Appetitlosigkeit oder zum dritten in einer verstandesmäßigen Reaktion auf hypochondrisch-phantastische Befürchtungen begründet sein. Alle diese Ursachen — die Wahnvorstellungen, die Hemmungen, der Negativismus als das Hervortreten „der niedrigsten Einrichtungen unseres Nervensystems", die Appetitlosigkeit und die hypochondri-

schen Erscheinungen — sind als direkte Folge von aktiven pathologischen Vorgängen im Gehirn wahrscheinlich und verständlich; besonders die hypochondrischen Ideen erscheinen als subjektive Erklärungsversuche für abnorme, auf Reizzuständen des betreffenden Nerven beruhende Organgefühle sehr begreiflich.

Diese Versuche *Häfners*, katatone Symptome bei progressiver Paralyse als Folge letzten Endes des organischen Prozesses zu erklären, erscheinen bei den Fällen, wo sie mit diesen so augenscheinlichen Zusammenhang aufweisen, handgreiflicher als die immer eine parallellaufende Schizophonie voraussetzende Auffassung *Bleulers*. Natürlich ist hierbei die treffende Einteilung *Bleulers* in primäre und sekundäre Symptome zweckmäßig anzuwenden und bei letzteren, welche „teils psychische Funktionen unter veränderten Bedingungen, teils die Folgen mehr oder weniger mißglückter oder auch geglückter Anpassungsversuche an die primären Störungen sind", die weitgehendste Bedeutung der psychischen Momente zuzugestehen. Ihnen aber eine fast vollständige Unabhängigkeit von dem organischen Vorgang zuzugestehen, oder gar, wie *Tilling* und *Stadelmann*, die primäre und vorherrschende Rolle der organischen Schädigung abzuleugnen und die Krankheit Schizophrenie als rein funktionelle aufzufassen, scheint uns nach den Tatsachen als zu weit liegend. Bei den Fällen, welche — *Bleulers* Auffassung entsprechend — eine ausgesprochene Schizophrenie neben der Paralyse haben, wendet *Häfner* selbst die Freud'schen Teorien mit Erfolg an. Zu betonen wäre an dieser Stelle, daß *Häfner* ja doch vorwiegend nur die katatonen Symptome berücksichtigt, während *Bleulers* Begriff „Schizophrenie" bekanntermaßen noch eine Reihe weiterer Erscheinungen außer den katatonen mit einbeschließt, die allerdings besser als sekundär, auf komplizierenden Umwegen mit weitgehendst wirksamer Einschaltung der psychischen Funktionen entstanden zu verstehen sind. Es ist aber festzuhalten, daß sie immer einen organischen Vorgang voraussetzen. Man muß zum mindesten bezweifeln, ob solche Symptome, die sich zwanglos rein psychisch und vielleicht gar ohne vorbedingten organischen Vorgang erklären lassen, für sich allein vorkommen und zu der Diagnose einer echten Schizophrenie führen können, da ja doch immer andere, besser und zwingender als organisch bedingt zu verstehende Erscheinungen komplizieren und den Gedanken an einen ursächlichen, anatomatisch-pathologischen Vorgang im Gehirn nahe legen. In diese Verhältnisse wird die anschließend versuchte, erweiterte Anwendung und Kombination von *Häfners* und *Bleulers* Vorstellungen Licht bringen.

Wie schon oben erwähnt, werden wir bei an Schizophrenie erinnernden Erscheinungen in der Anamnese auf der einen Seite an latente (= Schizopath) oder manifeste Schizophrenie (= Schizophren) denken; darunter stellen wir uns mehr oder weniger bereits das Vorhandensein eines organisch-aktiven — wenn auch vorübergehend unterdrückten oder äußerst beschränkten — Krank-

heitsprozesses vor, und zwar gerade dann, wenn wir von vornherein geneigt sind, an eine organische Genesung der schizophrenen Erscheinungen zu glauben; *Bleuler* will allerdings unter dem Begriff „latente Schizophrenie" nur einen krankhaften „psychotischen" Zustand verstanden wissen. Auf der anderen Seite werden wir die Möglichkeit einer schizotischen Persönlichkeit (schizoiden) zu erwägen haben, bei der wir, — hier mit *Bleuler* übereinstimmend — die betreffenden Eigentümlichkeiten als „noch in der Breite der Gesundheit liegend" annehmen. In diesem Falle können wir uns die Paralyse auf eine organisch durchaus gesunde Persönlichkeit aufgepfropft denken, die aber in ihrer gesamten Wesenseinstellung mehr zu schizotischer Einstellung neigt. Die Inhalte und betonten Komplexe eines solchen Gehirns werden entsprechend der besonderen Wesensart verständlicherweise ebenfalls charakteristisch sein, d. h. bei dem Schizotischen vorwiegend dereistischer und autistischer Art. Wenn nun bei solcher schizotischer Grundeinstellung durch einen organischen Prozeß Störungen in der Zusammenarbeit der psychischen Funktionen eintreten, werden diese bevorzugten Komplexe ihre katathyme Wirkung ungehindert geltend machen und die nun verstärkt hervortretenden Züge ihre Verwandschaft zu dem Symptomenkomplex „Schizophrenie" so deutlich zeigen, daß wir lebhaft an das Bild einer primären schizophrenen Erkrankung erinnert werden. Eine solche Betrachtungsweise führt allerdings zu dem Schluß, daß im allgemeinen für die Schizophrenie der organische Prozeß unspezifisch ist, wenn er nur soweit das höhere, kombinierende Denken schädigt, daß die primäre psychische Einstellung, die primären Inhalte in primitiver Form zu ungehindertem Ausdruck gelangen. Wenn z. B. ein ursprünglich Normaler durch Erziehung und Neigung besonders stark von religiösen Vorstellungen erfüllt ist und nun sein primär gesundes Hirn von einer beliebigen organischen Schädigung, z. B. Paralyse, befallen wird, so werden wir unter den resultierenden Störungen etwa die Wahnvorstellungen von besonders betonten religiösen Komplexen katathym beherrscht sehen; und weil eben gerade religiöse Orientierung der Wahnvorstellungen, Prophetentum usw. besonders oft bei der sogenannten Schizophrenie auffällt, werden wir — trotzdem die primäre Ursache die Paralyse ist — durch *Bleuler* versucht sein, eine parallel verlaufende eigene Krankheit, die Schizophrenie, anzunehmen. Folgen wir aber dem Wege *Häfners,* so werden wir die Symptome als sekundäre Folgen der Paralyse erkennen und uns ihre schizophrene Färbung aus den Bedingungen des Bodens verständlich machen, auf dem erstere sich ausbreitete. Das Symptomenbild würde also die Addition der primären psychischen Grundeinstellung des Individiums und der vielleicht von seiner Lokalisation und anatomischen Ausbreitung abhängigen Auswirkung des anatomisch-pathologischen oder physiologisch-pathologischen Prozesses sein und, entsprechend dem Wechsel der beiden Summanden, in uns bekannter Weise variieren. In ähnlichem Sinne

äußert sich *O. Bumke*[28]): „Die sehr erheblichen Varianten des klinischen Verlaufes ebenso wie die Tatsache, daß einzelne Zustandsbilder der Dementia präcox auch bei anderen Krankheiten (Vergiftungen, Infektionen usw.) beobachtet werden, lassen daran denken, daß die bisher bekannten Symptome „der" Dementia praecox möglicherweise ganz allgemeine Reaktionsformen darstellen, mit denen das Gehirn auf verschiedene — vielleicht endotoxische — Schädlichkeiten antwortet. Freilich haben wir durch *Alzheimer* auch gewisse anatomische Veränderungen der Hirnrinde bei schwer verblödeten Fällen von Dementia präcox kennen gelernt; aber auch diese Veränderungen, die eher Endergebnisse eines destruktiven Vorganges als einen noch im Gang befindlichen charakteristischen Prozeß selbst darstellen, lassen die Möglichkeit durchaus zu, daß hier aetiologisch verschiedene Krankheiten aus irgend welchen Gründen übereinstimmende oder ähnliche Krankheitssymphtome veranlassen." Aus diesen Erläuterungen ist nun noch nicht etwa der Schluß zu ziehen, daß der Begriff Schizophrenie als eigene Krankheit aufzugeben und ihre Einzelsymptome mit der Bezeichnung „schizophren" den betreffenden ursächlich in Betracht kommenden Krankheiten zuzuzählen seien; denn bei weitem doch noch nicht immer können wir neben der Diagnose Schizophrenie auch noch die einer gleichzeitigen bekannten organischen Krankheit stellen. Es ist sehr wohl möglich, daß es einen charakteristischen, spezifischen, organischen Prozeß gibt, als dessen Außenbild wir immer „schizophrene" Symptome konstatieren, der uns aber vorläufig noch unbekannt ist. Für eine solche Tatsache würden wir dann den Begriff „echte Schizophrenie" reservieren. Daneben wäre dann noch die Möglichkeit einer „Pseudoschizophrenie" festzuhalten, indem auch beliebige organische Krankheiten bei ursprünglich Normalen zufällig mit ihren anatomischen Vorgängen den gleichen Effekt mehr oder minder vollständig erreichen, wie der für die Schizophrenie als spezifisch angenommene, oder bei ursprünglich Schizotischen, durch Betonung dieser vorhandenen Eigenheiten usw., in dargelegter Weise schizophrene Symptome vortäuschen; hier hätten wir dann im Verlaufe von organischen Krankheiten schizophrene Züge. Als drittes ist dann noch eine zufällige Kombination beider Vorgänge denkbar, wobei auch eine gegenseitige Begünstigung und auslösende Wirkung zu beachten wäre.

Der Vollständigkeit halber sei noch erwähnt, daß diagnostische Schwierigkeiten bei diesen Mischfällen von Schizophrenie und Paralyse folgende weitere Überlegung verlangen. Bei deutlich schizophrenem Zustandsbild, wobei die körperlichen Symptome nicht klar für eine progressive Paralyse sprechen, aber ein positiver Wassermann etc. eine Syphilis beweist, besteht natürlich die Möglichkeit einer frischen Lues-Infektion bei manifester Schizophrenie. Hier würden wir trotz des positiven Wassermannes, also trotz einer konstatierten organischen Krankheit, mit einer reinen Schizophrenie zu tun haben. Diese Kombinationen werden wir jedoch selten finden, wenn wir — wie oben erwähnt — mit *Bleuler* in der

autoerotischen Einstellung der Schizophrenen einen Schutz vor der Gefahr einer syphilitischen Infektion sehen wollen. Bei sehr jungen Patienten wird uns der Gedanke in gegebener Situation aber stets nahe liegen. In einem solchen Falle wäre dann aus der Tatsache, daß körperlich wie psychisch kein sicherer Beweis für das Vorliegen einer Paralyse zu gewinnen ist, und vielleicht auch aus der Feststellung einer zu geringen Zeitdauer vom Datum der Infektion bis zum Ausbruch der Symptome die Diagnose zu stellen. Wo etwa ein auffallend jugendliches Alter und ähnliches eine acquirierte Lues unwahrscheinlich macht, ist an eine kongenitale und an Paralyse auf deren Boden zu denken, Letztere würde dann nach unseren Erfahrungen um die Pubertätszeit manifest werden. Hier müßte ein entsprechender Anhalt in der Anamnese gegeben sein. Zuletzt besteht noch die Möglichkeit, daß auftretende psychische Syndrome bei positivem, für Lues spezischem Blut- und Liquorbefund als Lues-Psychose zu diagnostizieren wären. Vor allem die sogenannte „syphilitische Pseudoparalyse" und die von *Plaut* beschriebene „Halluzinose der Syphilitiker" sind differential-diagnostisch von echter Paralyse schwer abzugrenzen. Da diese aber als besondere Krankheitsbilder durchaus nicht festgestellt sind, werden wir im allgemeinen vorläufig immer mehr zu der Diagnose einer echten Paralyse neigen, ehe genauere Forschungsergebnisse uns festere Handhaben geben. Im übrigen würden eventuelle schizophrene Symptome bei diesen durch syphilitische Vorgänge im Gehirn entstandenen Luespsychosen ja in gleicher Weise wie ihre Feststellung bei Paralyse dem Grundgedanken dieser Arbeit dienen, indem sie nämlich die Tatsache beweisen könnten, daß schizophrene Züge durch organische Gehirnveränderungen entstehen können; weshalb von diesem Standpunkt aus die exakte Scheidung weniger wichtig ist, als eben nur die Feststellung eines organischen Prozesses überhaupt.

Bevor ich nun auf die drei Fälle eingehe, welche ich anschließend zur Illustration der Betrachtungen und als kasuistischen Beitrag zu dem vorliegendem Problem behandeln, d. h. auf ihre Verwendbarkeit für die bestehenden Theorien, vor allem die von *Bleuler* und *Häfner*, prüfen will, seien zur besseren Übersicht noch einmal die in Betracht kommenden Möglichkeiten aufgezählt:

I. Die Anamnese weist keine schizophrenen Züge auf; der körperliche Befund ist beweisend für progressive Paralyse; die auftretenden Symptome lassen sich aus der organischen Störung des Gehirns direkt oder indirekt verstehen. Dieser Fall wäre eine reine Paralyse, deren schizophrene Züge durch die organische Schädigung als alleinige Ursache entstehen.

II. Die Anamnese ist auf schizophrene Symptome verdächtigt; der körperliche Befund spricht zweifellos für vorhandene Paralyse. Hier bestehen zwei Möglichkeiten:

a) Der Patient ist ein schizotischer (schizoider) Charakter, deshalb bekommen bei ausbrechender Paralyse die Symptome

eine schizophrene Färbung. Trotz dessen ist der Fall aber eine reine Paralyse.

b) Der Patient hatte bereits vor dem Ausbruch der Paralyse eine latente (Schizopath) oder manifeste Schizophrenie. Hier liegt also eine Kombination beider Krankheiten vor.

III. Die Paralyse läßt sich nicht sicher feststellen, sondern nur die Tatsache einer syphilitischen Infektion. Vorkommende schizophrene Züge können sein:

a) Eine Kombination von vorher manifester oder latenter Schizophrenie mit Lues (eventl. Luespsychose), und zwar wären dann die schizophrenen Erscheinungen wahrscheinlich durch den Infekt ausgelöst oder verstärkt oder bei kongenitaler Lues auf Grund „syphilitischer Belastung" entstanden.

b) Eine Luespsychose eines Schizotischen, welche infolgedessen schizophren gefärbt ist.

Diese, zuletzt angeführte Gruppe III gehört nicht mehr in den Rahmen dieser Arbeit, die sich nur mit sicher diagnostizierten Paralysefällen beschäftigt, und ist nur der Vollständigkeit halber für die Diagnose unklarer Fälle erwähnt; im Frühstatium der Paralyse, bei unvollständigem körperlichen Befund usw. wären diese Möglichkeiten auszuschließen.

Der Diskussion der Fälle schicke ich nun jeweils die Krankengeschichte im Zusammenhang voraus.

Fall I.

Herrmann, geboren am 4. 2. 1878.

a) Angaben des Schwagers (9. 8. 1925):

Mutter herzschwach, Vater tot; zwei Brüder gefallen, waren gesund; ein Bruder lebt, ist gesund; eine Schwerster lebt, klagt über Herzschwäche und Migräne. Patient war früher gesund; vom Militär wurde er wegen Herz- und Nervenschwäche entlassen.

1917 wurde zuerst ein Schwächezustand mit Ohnmacht beobachtet.

1924, Zusammensturz mit nachfolgender Ohnmacht nach Anstrengung.

1925, am 1. 8.: wieder Zusammensturz mit Ohnmacht; nachher Erregung, Pat. schimpft, redet wirr: „er sei kein Mörder".

Nachher wieder allmähliche Besserung des Zustandes.

Am 5. 8. 1925 erneute Verschlechterung, andauernde Schwäche, nach Morphiumgabe keine Schmerzen.

b) Angaben des Bruders (12. 9. 1925):

Patient war früher immer gesund.

Seit dem Anfall vor 3 Jahren leichte Veränderung, welche langsam fortschreitet: obgleich Pat. früher gesellig war, litt er nun keine Gesellschaft mehr, führt ein Einsiedlerleben. Sein Gedächtnis wurde sehr schwach, er mußte sich alles notieren.

Pat. klagt über Kopfschmerzen, Magenbeschwerden, plötzliche stichartige Schmerzen in Armen und Beinen, Schwäche, Brennen am Penis beim Wasserlassen.

Seit einem Vierteljahr hat er einen Sprachfehler, er „mault".

Pat. hatte sehr starken Sexualtrieb, lebte aber solide. Luetische Infektion wird verneint, ebenso Potus und Nikotinabusus.

c) Bericht der Klinik:

8. 9. 1925: Pat. hat nachts gut geschlafen; am Tage ist er leicht benommen, verwirrt, etwas negativistisch; verweigert die Medizin, „weil man ihn damit vergiften wolle". Auf Zureden ißt er; sonst est er ruhig.

9. 9.: Erregungszustand.

10. 9.: Wahnvorstellungen, allopsychische Desorientierung: glaubt, die Klinik sei sein Gut, fühlt sich zu Hause.

Auf Frage gibt er zu, vor 20 Jahren geschwollene Leistendrüsen gehabt zu haben! Vor 3 Jahren sei er einmal ohnmächtig zusammengebrochen.

12. 9.: Körperlicher Befund: Pupillen eng, entrundet; Lichtreaktion träge, leicht zu erschöpfen. Deutliches Silbenstolpern. Leichtes Haesitieren. Romberg: leichtes Schwanken.

13. 9.: Verfolgungswahn: Pat. bittet den Arzt, ihn vom Pfleger zu befreien; dieser wolle ihn umbringen, habe unheimlichen verderblichen Einfluß auf ihn; der Geist des Pflegers dränge ihn, mache ihm Schmerzen am Penis und im ganzen Körper, besonders nach dem Essen, die Speisen seien wohl vergiftet.

14. 9.: Impfung mit Malaria.

16. 9.: Pat. ist ruhiger.

23. 9.: Erster Fieberanstieg nach der Malariaimpfung.

29. 9.: Angstvorstellung, Pat. fürchtet vergiftet zu werden usw.

12. 10.: Pat. leidet immer noch an Angstvorstellungen, ist ängstlich-paranoisch.

14. 10.: Lumbal-Punction: alle Reaktionen positiv.

20. 10.: Beginn einer Kur mit Neo-Salvasan und Wismut.

1. 11.: Selbstgespräche, Nahrungsverweigerung.

15. 11.: Verfolgungswahn: Pat. sagt, man wolle ihn vergiften, ermorden usw. Wehrt sich energisch.

30. 11.: Halluzinationen: die Menschen hätten Masken, er könne sie nicht erkennen. Pat. weint viel, ist unsauber.

14. 12.: Hemmungen: Pat. sagt, er könne nicht laufen, nicht sehen.

29. 12.: Zur Weihnachtsfeier, während alle anderen singen, spricht Pat. laut und rücksichtslos. Pat. ist unruhig. Pat. erkennt einen bekannten Herrn nicht.

10. 3. 1926: Pat. hält Selbstgespräche, lächelt, haluziniert: zieht sein Hemd aus, reißt die Knöpfe ab.

10. 3.: Pat. halluziniert: die Zunge falle ihm heraus usw. Pat.

ist ambivalent: verweigert zuerst die Nahrung, ißt dann aber sofort und sehr viel.

28. 3.: Nihilismus: Pat. behauptet, es gäbe keinen Herrn Swoboda.

10. 4.: Pat. ist ruhiger, unrein, fast ständig unter der Bettdecke.

30. 4.: Halluzination.

20. 5.: Ambivalenz: Pat. verweigert Nahrung, ißt dabei aber viel.

16. 6.: Pat. ist dauernd unter der Bettdecke, ist unsauber.

20. 6.: Pat. spricht jetzt öfter, will heraus, schimpft.

1. 8.: Pat. ist sich immer gleich geblieben, liegt fast ständig unter der Bettdecke; hin und wieder Erregungszustände.

20. 8.: Pat. liegt ständig unter der Bettdecke, ist nicht ansprechbar.

In der Anamnese dieses Falles können wir keinerlei Anzeichen einer schizotischen Einstellung des Kranken feststellen, geschweige denn eine manifeste Schizophrenie. Der körperliche Befund weist mit Sicherheit auf eine progressive Paralyse hin; syphilitische Infektion wird durch das Zugeständnis des Patienten, vor 20 Jahren geschwollene Lymphdrüsen gehabt zu haben, für dieses Datum wahrscheinlich gemacht; ebenso ist für Paralyse charakteristisch: der Beginn mit neurasthenischen Beschwerden, wozu ja wohl die angebliche Nerven- und Herzschwäche zu rechnen sind, der als paralytischer Anfall zu deutende wiederholte Zusammensturz vor 8 und vor 3 Jahren, sowie am 1. 8. 1925 mit nachfolgender Ohnmacht, der allgemeine Verlauf mit dem allmählichen Auftreten erst von tabischen Symptomen und Schwäche, dann von Halluzinationen und Gedächtnisschwäche und endlich dem Silbenstolpern und den Charakterveränderungen. Die Angabe des Bruders, daß der Patient einen starken Geschlechtstrieb gehabt habe, kann eventl. auf eine gesteigerte Libido schließen lassen, wie sie im Anfang allerdings eher der manischen Formen von Paralyse meist zu finden ist. Die Wahnideen enthalten sichtlich deprimierende, nihilistische und hypochondrisch ängstliche Vorstellungen; aus diesem Grunde ist der Patient gedrückter Stimmung, weint viel und reagiert auf die Umwelt mit ängstlicher Zurückhaltung. Zu diesem Bilde passen auch die Hemmungen, die der Patient teilweise selbst so deutlich empfindet, daß er meint nicht laufen zu können. Alle diese bisher genannten Symptome, denen noch die auto- und allopsychische Desorientierung hinzuzufügen wäre, sind uns bei progessiver Paralyse geläufig. Höchstens der Verfolgungswahn, der inhaltlich gerade bei den schizophrenen Wahnideen die hervorragendste Rolle spielt, und die Körperhalluzinationen bei sonstiger Besonnenheit, ebenfalls ein Charakteristikum der Schizophrenie, könnten uns entfernt an diese Krankheit erinnern.

Deutlich schizophrene Färbung wäre aber schon in der autistischen Einstellung des Patienten zu sehen, die nach Angabe des

Bruders sich allmählich seit dem Anfall vor 3 Jahren mit den anderen Symptomen ausgebildet und aus dem vorher sehr geselligen Manne einen zurückgezogenen, grüblerischen Einsiedler gemacht habe —. Dieser Autismus bleibt auch bestehen, wie wir aus dem mangelnden Kontakt des Kranken mit der Wirklichkeit und dem Phantasieleben in einer eigenen Welt erkennen, wenn er z. B. bei der Weihnachtsfeier ohne Rücksicht auf das feierliche Singen der anderen laut spricht, oder wenn er dauernd unter der Bettdecke liegt und Selbstgespräche hält. Als schizophrene Erscheinungen imponieren weiterhin noch der Negativismus, der sich in Form von Nahrungsverweigerung und allgemeinen Widerstand gegen jede Attake der Umwelt, z. B. gegen das Aufdecken der Bettdecke, unter der er sich versteckt, energisch geltend macht, und die Ambivalenz des Willens: der Kranke verweigert zuerst die Nahrung, ißt dann nach kurzem Drängen sofort willig und übermäßig viel.

Diese schizophrenen Symptome aus den durch die Paralyse gesetzten Veränderungen des Hirns und den hierdurch bedingten Störungen des Denkens und der Psyche abzuleiten, ist nach den obigen Überlegungen nicht schwierig. Die Ambitendenz ist als direkte Folge des durch den organischen Prozeß entstandenen Defektes der Assoziationswege verständlich, der das unlogische Nebeneinandersetzen zweier sich ausschließender Gegensätze möglich macht. Der Negativismus ist zum Teil vielleicht in oben auseinandergesetzter Weise in den Hemmungen begründet, vor allem wohl aber die Reaktion auf die Angstvorstellungen und Verfolgungsideen. Sehr deutlich ist dieser Zusammenhang z. B. am 15. 11. 1925 zu erkennen, wenn der Kranke seine Abwehrbestrebungen selbst damit erklärt, daß man ihn ermorden wolle. Die Nahrungsverweigerung hat denselben Grund, indem der Patient fürchtet, vergiftet zu werden. Die Entstehung dieses Wahnes hängt wohl mit den somatopsychischen Halluzinationen zusammen, deren organisches Substrat in den anatomisch-pathologischen Hirnveränderungen oder hier wahrscheinlicher in begleitenden tabischen Symptomen anzunehmen wäre. Die unverstandenen, schmerzenden Sensationen erzeugen einerseits selbst den Nachstellungswahn als Erklärungsversuch und teilen andererseits ihre deprimierende, affektiv-betonte Komponente den auf Grund der Assoziationsstörung hemmungslos entstehenden weiteren Wahnbildungen mit. Infolge des Mangels an logischem Denkvermögen, der eben das Zustandekommen kritikloser Wahnvorstellungen ermöglicht, also wegen der wirkungslosen Gegenargumentation gewinnen diese angstbetonten Komplexe und daraus resultierenden Affekte widerstandlosen Ausdruck und imponieren uns nach außen als Negativismus, zum Teil sogar als Angriffe auf die Umgebung. Die an dieser Verwirrung des Denkens letzten Endes schuldige Assoziationsstörung und die Hemmungen beruhen natürlich, wie auch die Körperhalluzinationen, auf der anatomischen oder physiologischen Läsion des Gehirns, welche also auch hier indirekt die Ursache des Negativismus darstellt. Die autistische Einstellung des Patienten

ist aus denselben Bedingungen zu verstehen, in dem das unzusammenhängende Denken die durch die Erfahrung gewonnenen Begriffe nicht logisch in den Gedankengang einbezieht, die Wirklichkeit also außer acht läßt. Dagegen steht es umso williger den Affekten zur Verfügung, so daß der Kranke entweder deren Äußerungen ohne Rücksicht auf die Umgebung freien Lauf läßt oder wirklichkeitsfremden Träumereien nachhängt, die die in seinen Affekten ruhenden Wünsche befriedigen. Gegen eventuell noch störende Eindrücke der Umwelt schließt der Kranke sich dadurch ab, daß er sich unter der Bettdecke versteckt und jede Appellation negativistisch beantwortet.

Für die Abhängigkeit dieser schizophrenen Symptome von organischen Vorgängen im Gehirn spricht bei diesem Fall die Tatsache, daß jene immer anschließend an die einen organischen Prozeß beweisenden paralytischen Anfälle in Erscheinung treten; für das Auftreten der autistischen Erscheinungen gibt der Bruder des Patienten als bestimmtes Datum an: „nach dem Anfall vor 3 Jahren"; die anderen Symptome treten direkt nach dem Anfall am 1. 8. 1925 auf. Wir sehen also bei diesem ursprünglich durchaus normalen Patienten durch die organisch-paralytische Attake ein Krankheitsbild mit schizophrenen Zügen entstehen, welche sich alle als kausale Folge der pathologisch-anatomischen, durch Paralyse hervorgerufenen Hirnläsionen zwanglos erklären lassen. Dieser Fall ist also ein Beispiel für die oben unter Gruppe I skizzierte Möglichkeit des Nebeneinanderauftretens schizophrener und paralytischer Symptome, nämlich beider als Ausdruck eines eindeutigen organischen Prozesses, des paralytischen.

Fall II.

Franz, geb. 18. 3. 1874.

a) Angaben der Ehefrau (7. 4. 1926).

Vater des Pat. ist an einer Brustquetschung gestorben. Mitter lebt, ist gesund.

Pat. ist der zweite von 16 Kindern; 8 Geschwister sind tot, Todesursache unbekannt; 7 Geschwister leben.

In der Schule hat Pat. gut gelernt; ging dann zu einem Müller in die Lehre; in dieser Zeit nie krank gewesen; ebenso nicht während seiner aktiven Militärzeit. Mit seiner Umwelt hat er sich immer gut vertragen.

1900 hat er seine Frau kennen gelernt, welche 1901 ein Kind von ihm bekam.

1903 Heirat; in der Ehe keine Geburt, keine Fehlgeburt.

Pat. hat whärend der Ehe gelitten an: hartnäckigem Kopfschmerz, schlechtem Schlaf, Hexenschuß, Husten.

1914—18 ist Pat. als Sanitäter im Felde.

1916 erkrankt an der Rose, liegt im Lazarett.

1918 Verwundung durch Gewehrschuß (Fleischschuß) am Leibe.

In demselben Jahre hat er sich angeblich bei einem Sphiliskranken Offizier angesteckt (diese Angabe machte der Patient, als er 1920 von seinem Arzt erfuhr, daß er Syphilis habe).

Nach der Rückkehr aus dem Felde leidet der Pat. an starken Schweißen und Nervosität; um den Nacken hatte er damals kleine Blattern; 1920 (wegen des Ausschlages und der nervösen Beschwerden) geht Pat. zum Arzt, welcher Syphilis feststellt; zwei Kuren mit Spritzen; Ausschlag und Blattern gehen weg.

Später wird das Schwitzen und die Nervosität allmählich wieder schlimmer.

1926 (Februar) klagte Pat. über Schlaflosigkeit, Angstgefühle und Zittern; wird mit Tabletten behandelt.

16. 3. 1926 wird im Blute positiver Wassermann festgestellt.

Die Krankheitssymptome werden allmählich schlimmer; es kommen hinzu Verwirrungszustände, Unruhe: Pat. erkennt Anwesende nicht. Starke Steigerung des Appetits. Wenn er sprechen will, dauert es lange, bis er ein Wort herausbekommt; dabei zittern die Mundwinkel.

Pat. will von selber in die Klinik fahren.

Während der Fahrt will er die Fensterscheiben einschlagen, kann nur mit Gewalt zurückgehalten werden.

b) *Angaben des Pat. selbst* (18. 4. 1926).

Die neurasthenischen Beschwerden hätte er schon Jahrzehnte; ebenso litte er schon lange an Schlaflosigkeit.

Er gibt zu, sich 1918 bei einem Mädel syphilitisch infiziert zu haben; er sei dreimal auf Syphilis behandelt worden; die Beschwerden seien zuerst zurückgegangen, dann wieder schlimmer geworden.

Seit vorigem Jahr ging's gar nicht mehr recht mit der Arbeit; seit derselben Zeit neige er auch zu dauernden Kau- und Schluckbewegungen.

Früher sei er sehr lustig gewesen, jetzt falle ihm das Sprechen schwer, er sei traurig, werde immer schwächer, müder und gleichgültiger.

c) *Bericht der Klinik.*

10. 4. 1926. Bei der Exploration redet Pat. nie zusammenhängend, das Sprechen fällt ihm schwer, er gibt sehr langsam Auskunft; anfangs macht er dauernd falsche Angaben über die Ansteckung und die Behandlung; macht dauernd Kau- und Schluckbewegungen.

Kein Silbenstolpern; keine Wahnvorstellungen.

Gute Schulkenntnisse; Intelligenz gestört.

Körperlicher Befund: Pupillen reagieren träge auf Licht, gut auf Konvergenz, sind verzogen. Romberg'sches Zeichen: P. fällt nach rechts vor. Patellarreflex rechts und links vorhanden. Patellar Klonus rechts dauernd, links zuckend.

24. 4. 1926. Pat. ist seit 1 Woche völlig unzugänglich, ängstlich, verstört, negativistisch. Heute plötzliches Erwachen aus diesem stoporösen Zustande, Pat. ist erstaunt, aber geordnet, interessiert und unterhält sich mit den anderen Patienten.

26. 4. Pat. ist klar und orientiert; er sagt, er hätte während der letzten Woche alles verstanden, was man zu ihm gesagt hat, er konnte jedoch nicht antworten, weil er die Sprache verloren hatte.

Intelligenzprüfung gibt auffallend gute Resultate. Nach Angabe des Pflegers ist er jedoch zeitweise verwirrt und desorientiert.

1. 5. Pat. liegt unter der Bettdecke, ist vollkommen negativistisch, nicht ansprechbar; Bild eines katatonen stuporösen Zustandes.

20. 5. Status vom 1. 5. bis heute gleich geblieben. Heute plötzlich ist Pat. lebhaft geworden. Pat. behauptet, er hätte nie etwas gegessen, sein Leib sei voll; er könne nicht gehen und nicht stehen. Allopsychische Desorientierung: reicht einem Arzt die Hand „da ist ja der Fritz, den kenn ich ja auch". Am Nachmittag ist er wieder ganz ablehnend.

31. 5. Starke Affekt- und Stimmungslabilität; weint häufig; verweigert die Nahrung, weil es mit ihm aus sei; kurz darauf ist er vergnügt, sagt, er sei ganz gesund.

1. 6. Malariaimpfung.

4. 6. Pat. weint, schimpft; sofort nachher aber bittet er um Verzeihung, sagt: er könne nicht essen, man habe ihm die Därme aus der Nase gerissen; sofort darauf wirft er Pantoffel auf den Ref.; „totschlagen möcht ich dich!".

15. 6. Am Morgen starke Erregungszustand; nennt Ref. „dürres Ast"; auf die Frage, warum er so erregt sei, sagt er: „weil du weiße Knöpfe hast". Dann wieder weint er, um sofort wieder den Pfleger anzugreifen: „Sau, quäl mich wieder, bleib blos weg!". Zum Arzt sagt er: „komm, setz dich zu mir"; brüllt gleich nachher: „meine Decke ist zu kurz". Wie er eine Spritze bekommt, schreit er: „jetzt ist aus mit mir", wirft mit dem Pantoffel, weint.

16. 6. Erregungszustand.

17. 6. Erster Fieberanstieg nach der Malariaimpfung.

19. 6. Klin. Vorstellung; Pat. gehemmt, redet kein Wort.

30. 6. Pat. ist negativistisch, spricht nicht.

15. 7. Pat. halluziniert. Ab und zu erzählt er laut kreischend seine Wahrnehmungen: „da blaue Tür", „hier Bäume"; ist völlig ungeordnet.

26. 7. Nihilismus: Pat. sagt: er habe keine Frau, keine Kinder, es gäbe keine Weiber, er habe noch nie Urin gelassen. Subjektiv Wohlbefinden. Beim Versuch einer Intelligenzprüfung negativistisch.

28. 7. Klin. Vorstellung: Argyll-Robertsohn'sches Zeichen positiv. Trotz Malariaimpfung fast keine Besserung. Alle vier Reaktionen positiv.

20. 8. Bei Exploration Pat. zuerst negativistisch, ängstlicher Ausdruck im Auge, stereotype Kaubewegungen; erst keine Antwort, dann allmählich zugänglicher, gibt Auskunft. Sagt, daß er wohl gern aus der Klinik heraus möchte, es dürfte aber niemand heraus, es werde auch kein Brief abgeschickt. Auf Frage, ob seine Frau noch lebe, sagt er: „So, sie soll gestorben sein? Schon möglich", ohne jeden Affekt.

Wie bei Fall I, gibt uns auch die Anamnese dieses Patienten keine Veranlassung, in ihm einen Schizotischen, (bezw. Schizoiden), oder gar Schizopathen bezw. Schizophrenen zu vermuten. Im Gegenteil, wir werden sogar, wie auch bei Fall I, aus der anamnestischen Mitteilung: daß der Patient früher sehr gesellig gewesen wäre, auch hier aus der Tatsache, „daß er früher immer sehr lustig war und sich gut mit der Umgebung vertrug", einen syntonen (nach *Kretschmer* cyclothymen) Typ annehmen. Nach langjährigen neurasthenischen Prodromen sehen wir paralytische Zeichen zum Vorschein kommen; zuerst einen paralytischen Anfall in Form des Verwirrungszustandes im März 1926, an den sich dann anschließend mit weiteren Erregungszuständen schnell hintereinander sichtliche Hemmung, Gedächtnisstörung, Wahnideen, starke Affektlabilität und zuletzt Nihilismus, die organische Verblödung andeutend, als bekannte Symptome einer progressiven Paralyse ausbilden. Der körperliche Befund sichert die Diagnose einer Paralyse; das Datum der syphilitischen Infektion wird von dem Kranken für das Jahr 1918 angegeben, was hier aber nicht den Verdacht ausschließt, daß diese vielleicht weiter zurück, etwa vor dem Beginn der neurasthenischen Beschwerden zu legen wäre.

Der schizophrene Einschlag wird zuerst bei der Exploration am 18. 4. 1926 in Form von starken Assoziationsstörungen und Stereotypien erkannt. Von der Aufnahme in die Klinik ab liegt der Patient dann in einem völlig unzugänglichen Stupor mit negativistischer Tendenz, aus dem er für 6 Tage bis zu auffallender Klarheit und Orientierung erwacht, um dann von neuem in einen schweren, kataton-stuporösen Zustand zu versinken. Nach weiteren 20 Tagen wird er plötzlich lebhaft und von da ab zeigt er eine allopsychische und somatopsychische wahnhafte Verwirrung, auf deren Boden sich mit der Zeit deutliche Angstvorstellungen ausbilden. Das Bild zeigt nun eine auffallende Labilität, indem Hemmungen und Negativismus sprungartig mit Erregungszuständen oder wieder zugänglicher Freundlichkeit abwechseln. Dabei zeigt der Patient intellektuelle und affektive Ambivalenz, indem er in einem Atem sagt: „es sei aus mit ihm" und „er sei ganz gesund", oder den Pfleger einmal freundlich anspricht, im gleichen Augenblick aber wieder mit den Zeichen deutlichen Hasses durch Wort und Tat angreift. Entsprechend fehlt teilweise der affektive und intel-

lektuelle Rapport gänzlich. Auf die Frage, ob seine Frau noch lebe, antwortet er völlig gleichgültig: „so, soll sie gestorben sein? Schon möglich". Verstärkt wird der schizophrene Eindruck, den der Kranke durch die Symptome macht, noch sehr durch die vollkommen unzusammenhängenden und widersinnigen Reden, die er führt. Was den Zusammenhang dieser schizophrenen Symptome mit dem organischen Prozeß angeht, so notieren wir hier ihren Eintritt anschließend an den paralytischen Anfall im März, und eine deutliche Verschlimmerung nach dem 3wöchentlichen, stark stuporösen Zustand im April, den wir als den Ausdruck eines neuen Schubes des pathologisch-anatomischen Prozesses auffassen können. Im einzelnen wären der Negativismus und die Ambivalenz in gleicher Weise wie bei dem vorigen Fall zu verstehen, nämlich letztere als direkte Folge der Assoziationslösung, ersterer als Folge der Hemmungen und als Reaktion auf angstbetonte Wahnvorstellungen. Die subjektiv empfundene Hemmung und die daraus entstandene negativistische Tendenz beweist der Ausspruch am 26. 6. 1926: „er habe alles verstanden, konnte nur nicht antworten, weil er die Sprache verloren hätte". Später hingegen spricht für die Begründung der negativistischen Reaktion in Angstvorstellungen mehr der Eindruck, den der Patient z. B. bei der letzten Exploration am 20. 8. 1926 machte: er antwortete nicht, weil er sichtlich von einem angstvollen Affekt beherrscht war, wie die ängstlich auf den Referenten gerichteten Augen und die Mimik bewiesen. Erst, nachdem er unter freundlichem Zuspruch diesen Affekt zum Teil überwandt, gibt er Auskunft. Den katatonen Stupor werden wir, wie gesagt, wohl am besten als direkt durch den um diese Zeit besonders aktiven Vorgang im Gehirn hervorrufen, annehmen, zu dem sich noch die vorhandene Hemmung kombiniert; ihn als Überwältigung durch Schreck oder Angst aufzufassen, ist hier nicht berechtigt, da ja die in betracht kommenden Wahnideen erst nachher auftreten. Die Stereotypien, welche sich hier als ständige Kau- und Schluckbewegungen zeigen, scheinen der Ausdruck einer allgemeinen Erregung des Kranken zu sein; jedenfalls ließen sie, nachdem der Kranke während der Exploration beruhigt und zu Aussprache gebracht worden war, nach, um gleichzeitig mit dem Ausdruck wiederkehrender, ängstlicher Erregung in Mimik und Gesicht sofort wieder aufzutreten. Neben dieser Erklärung könnte man wohl noch an eine isolierte, erhöhte motorische Reizbarkeit des betreffenden Nervengebietes denken, etwa als Verstärkung des bei Paralyse so oft beobachteten Zuckens der Mundwinkel, des „Wetterleuchtens", und damit eine direkte Beziehung zu dem organisch-pathologischen Prozeß schaffen. Für letztere Annahme spricht die Angabe des Patienten, daß er schon seit einem Jahre über diese Bewegungen klage und zwar seit der Zeit, da es auch mit der Arbeit nicht mehr so recht gehen wollte. Die Körperhalluzinationen, die bei ihm auch bei sonstiger leidlicher Besonnenheit im Vordergrunde stehen, sind, wenn man sie in dieser Form als schizophrene Erscheinung aner-

kennen will, ohne weiteres als auf Reizung der betreffenden Zentren beruhende, entsprechend lokalisierte krankhafte Organgefühle zu verstehen; ihre wahnhafte Ausdeutung wird durch das kritiklose, weil in der Assoziation gestörte Denken ermöglicht.

Nach diesen Feststellungen werden wir den Fall analog dem ersten als eine unkombinierte Paralyse auffassen, die durch ihre organischen Prozesse und die daraus resultierenden psychischen Läsionen allein das Zustandekommen schizophrener Symptome verursacht.

Fall III.

Otto, geb. 6. 9. 1895, led., kath.

a) Angaben des Bruders.

Der Vater des Pat. ist 1926 gestorben, angeblich an „Herzschwäche und Arterienverkalkung". Er war immer sehr hypochondrisch, weshalb er sich ständig auf alle möglichen Krankheiten behandelte, sehr pedantisch und genau. Syphilis oder andere Geschlechtskrankheiten seien bei ihm sicher nicht vorhanden gewesen.

Die Mutter ist gesund und lebt.

In der Verwandschaft und der Ahnenreihe sind keine Geistes- oder Nervenkrankheiten bekannt.

Als Schuljunge sei der Pat. immer viel mit Käfer-, Schmetterling- und Markensammeln und ähnlichen Passionen beschäftigt gewesen. Freundesverkehr habe er nie gehabt, auch später nicht in der Lehre. Später habe er seine freie Zeit mit Tischler- und Schnitzerarbeiten verbracht. Immer sei er schon vergeßlich gewesen, ebenso etwas launenhaft und leicht reizbar. Seine Sachen hielt er sehr ordentlich: die Kleider und die Wäsche hatten immer an den bestimmten Stellen liegen müssen usw.

Im Felde machte er Chauffeurdienst bei der Sanitätskolonne. Er habe später öfter und viel davon erzählt, was er im Lazarett vor allem auf der Abteilung für Geschlechtskranke gesehen hätte. Er selbst war nie krank.

Nach dem Kriege habe er als Chauffeur gearbeitet. Er sei in seinem Berufe sehr tüchtig und sehr sorgfältig gewesen; und habe auch mit seinem Vater zusammen über Erfindungen gearbeitet. In den letzten 3 Jahren hätte er viel gelesen. Auf der Straße sei er manchmal ganz in sich versunken gegangen; als er (der Bruder) ihm einmal auf der Straße um Feuer bat, habe er ihm die Zigarette entzündet, ohne ihn als Bruder zu erkennen.

Mit Mädchen habe er verkehrt, sei dann immer sehr eifersüchtig und auch manchmal „unglücklich verliebt" gewesen. Zweimal sei er verlobt gewesen. Zuletzt habe er mit einem Mädchen verkehrt, die er sehr geschätzt hätte; sie und ihre Familie sei sehr fromm und hätte ihn immer veranlaßt, in die Kirche zu gehen.

1919 habe er einen Tripper gehabt.

1923 sei er mit dem Auto verunglückt (Schulterblattbruch); seit dem sei er nervöser als vorher gewesen.

1924 sei er wegen Reißen in den Beinen und Nierenschmerzen zum Arzt gegangen, zu Haus habe er später erzählt, daß er zur Stärkung der Nerven Salvarsanspritzen bekomme. Er, der Bruder, habe daraus geschlossen, daß der Pat. Syphilis hätte. Im ganzen habe er drei Kuren gemacht, durch die seine Beschwerden zum Teil gebessert wurden. Allmählich sei er aber immer nervöser und zerstreuter geworden; zuletzt habe er sich manchmal mit Mütze und Stiefel bekleidet ins Bett gelegt.

Am 18. 2. 1926 seien plötzlich Wahnideen aufgetreten. P. sagte, „er sei so dick geworden, habe gar keinen Platz im Bett mehr", lachte auch darüber, „in der Haut habe er Würmer". Dann stierte er oft in die Luft, als ob er auf etwas aufmerke. Dazwischen war der Zustand zeitweise normal. Am nächsten Tage habe er auch noch Größenwahnideen geäußert: „er sei Ingenieur geworden", „er könne alle Sprachen" usw. Getobt habe er nicht. Der Arzt habe ihn ins Krankenhaus geschickt und unterwegs habe er einem Schupo eine Ohrfeige gegeben, „weil der da oben es ihm befohlen hätte". In seiner Zelle sagte er zu seinem Bruder, als dieser zu der elektrischen Lampe hinaufsieht; „sieh nicht dort hinauf, dort sitzt mein Hypnotiseur".

Am 11. 5. 1926 wurde er nach der Heilanstalt in Tost transportiert.

Dort habe er den besuchenden Verwandten immer seine Wahnideen erzählt: z. B. er könne die Ventilfeder an dem Motorrad des Bruders aus der Entfernung reparieren, ohne daß dieser es herbrächte. Dazwischen sei er gut orientiert gewesen.

Am 29. 7. 1926 wurde er nach Breslau in die Klinik zu Malariabehandlung geschickt.

b) Krankengeschichte aus der Heilanstalt Tost.

1. Der Pat. ist auf dem Transport hierher ruhig und willig mitgegangen; unterwegs erzählte er Kriegserlebnisse. Er antwortet auf alle Fragen. Während des Aufenthaltes ist er immer ruhig gewesen, ist aber stets für sich allein geblieben! Hin und wieder erzählt er seine Wahnideen.

2. Angaben des Patienten: er sei der höchste Weltmeister, der die Welt erbaut hätte. Jeder Gedanke von ihm sei aus Porzellansteinen gefügt und mit indischer Schlangenmilch geklebt. Im größten Wahne habe er die Welt erbaut, ohne eine Hand anzulegen. Er habe viel Geld und gebe jedem davon. Jetzt sei er schon 115 000 Jahre krank. In Zivil sei er beim Kraftwagenverkehr in Gleiwitz gewesen; dann sei sein Gehirn zu Wasser geworden und er mußte viele Monate leiden. Aber jetzt sei er der Allerhöchste, Hocherkorene Kron-Gold-Weltmeister, der die Welt erlöse usw. usw.

3. Klin. Befund: Körperlich wichtig: Pupillen träge auf Licht; Romberg: starkes Schwanken; Beben der mimischen Muskulatur; Silbenstolpern; deutliche Ataxie.
Psychisch wichtig: Intelligenz gut; Orientierung klar; Gedächtnis gut; jedoch werden alle Fragen, die sein Wahngebäude berühren, unsinnig beantwortet.

c) Eigene Angaben des Patienten in Breslau:

Alle Fragen über seine Vergangenheit werden entsprechend den Angaben seines Bruders richtig beantwortet, wenn sie nicht in Beziehung zu seinen Wahnideen stehen. Zu erwähnen ist von seinen Wahnvorstellungen folgendes:

Auf der Schule und in der Lehre habe er sich niemals um die anderen gekümmert, denn er dachte damals schon, „er sei der Mann".

Mit Mädchen habe er geschlechtlich verkehrt, „so wie jeder Junggeselle". Einmal habe er eine „feste" Braut gehabt, die er sehr schätzte und mit der er keinen Geschlechtsverkehr gehabt habe. Mit Syphilis habe er sich nie angesteckt.

Wie damals sein Gehirn zu Wasser wurde, habe er seine Eltern und Brüder und die Leute vom Sanitätsauto geschlagen, „weil das seine Verrücktheit war und er seine Eltern nicht erkannte". In die Zelle wollte er nicht hinein, denn das war ein Sarg und er war nicht tot. Achtzehn Monate habe sein Leiden gedauert, dann habe er sprechen gehört, weil er klar geworden war, durch den Allerhöchsten. Alle Menschen wurden damals schwarz und hätten Hörner, er habe sie vorbeifliegen sehen. Er selbst habe in seiner Zelle gewartet, bis er errettet wurde. Einen Tag und eine Nachtlang habe er den Allerhöchsten geholfen und auf die Teufel eingeschlagen. In der Hölle wurden alle Menschen abgebrannt und dann wieder lebendig, „Herr Doktor, sie auch!".

Er sei jetzt der Leidensmensch, von der Breslauer Bevölkerung gerufen, um das Volk zu begrüßen, das tue er jeden Tag folgendermaßen: „ich begrüße die ganze Welt, meine lieben guten Menschen und wünsche allen einen guten Tag und eine kräftige Mahlzeit. „Nachher höre er Stimmen, welche sagen: „Herr Mayer, das haben sie gut gemacht!" usw.

Er bekomme Spritzen vom Allerhöchsten, dann wird ihm heiß, denn er wäre krank, alle wären krank, „sie auch Herr Doktor, haben Käfer in der Haut".

Ein Bruder sei ganz dick geworden und dann seien drei Alfreds und zwei Richards aus ihm hervorgegangen; ein Bruder liegt im Grabe, spricht zu ihm aus dem Grabe, gibt ihm Salvasanspritzen, zieht ihm die Gedanken heraus und die Buchstaben beim Schreiben; er quält ihn schon seit 45 Jahren.

d) Klin. Bericht.

10. 7. 1926. Kein merklicher Intelligenzdefekt, nur innerhalb des Wahnsystems kritiklos, ändert seine Vorstellungen.

15. 7. Bei der klin. Vorstellung begrüßt er Anwesende bei Auf- und Abgang etwas gekünstelt: „ich begrüße die Herren Chefärzte, die Herren Oberärzte, die Herren Assistenzärzte und und die Ärzte". Er weigert sich zuerst, seine Ideen zu erzählen, erzählt dann aber doch.

1. 8. Pat. versucht einem anderen Patienten, der Stimmen hört, diese zu erklären: „Herr Patient, das macht mein Bruder, der im Grabe liegt, sie müssen nicht darauf achten".

Er gibt an, daß alle Lues hätten, auch sein Vater.

15. 8. Bei erneuter Exploration zeigt Pat. sich vollkommen geordnet, aber nur außerhalb des Wahnsystems. Er wiederholt seine Angaben zum Teil verändert; er sagt, er habe die Krankheit, die alle haben, die man Lues oder Syphilis nennt. Bemerkenswert ist die Achtung, mit der er von seiner frommen Braut spricht und die Angabe, daß er immer allein gewesen sei, nie ins Wirtshaus gegangen sei und auch keine Kameraden und Freunde gehabt habe.

Vorgefundene Briefe des Patienten zeigen in der Schrift nichts Besonderes, sonst orthographische Fehler, zuviel Satzzeichen, sonderbare Anreden, ständige Wiederholungen von Worten und ganzen Sätzen, zusammenhanglose, unklare Gedanken.

Bei diesem Patienten finden wir in der Anamnese bestimmte Züge erwähnt, die uns wohl berechtigen, in ihm einen schizotischen Charakter zu sehen. Der pedantische Zug in seinem Wesen, der sich in der kleinlich-genauen Sorge um seine Kleider ausprägt, die Sammlerwut, das autistische Versunkensein in träumerische Gedanken, das ihn zerstreut, und, wegen der mangelnden Aufmerksamkeit und deshalb wieder erschwerten Reproduktion, vergeßlich erscheinen läßt, – dies alles gibt seiner Persönlichkeit jene Färbung, die uns wie eine auf das Mindestmaß abgeschwächte Schizophrenie vorkommt und welche wir deshalb schizotisch nennen. Er gehört jenen durch *Bleuler* und *Kretschmer* körperlich und geistig charakterisierten Kreisen der Typen an, aus denen sich unsere klinischen Schizophrenen rekrutieren. In gleicher Richtung ist noch die Tatsache zu verwerten, daß er keinen Fremdenverkehr hatte, und seine Reizbarkeit, von der *Bleuler* sagt: „die leichten und latenten Schizophrenien draußen gelten einfach als empfindliche Leute, mit denen nicht gut Kirschen zu essen ist." Wenn wir noch die „deutliche biologische Affenität", die sich nach *Kretschmer* zwischen Körperbau und seelischer Anlage zeigen soll, hier anerkennend verwerten wollen, so unterstützt die asthenisch-athletische Körperform des Kranken ebenfalls unsere Annahme einer schizotischen Wesenseinstellung. Wir werden nun zwar nicht hinter diesen Erscheinungen eine verborgene Schizophrenie diagnostizieren, denn sie liegen ja noch in der „Breite der Gesundheit" und haben noch keinen schizopathischen Charakter; und schließlich spräche auch gegen eine solche Annahme, daß wir in der Pubertät nicht die sonst gewöhn-

liche Verschlimmerung dieser verdächtigen Erscheinungen feststellen können. Aber, wir werden diese ursprüngliche Wesenseinstellung bei dem Versuch, die späteren Krankheitssymptome mit der acquirierten Paralyse in Einklang zu bringen, wohl in Rechnung ziehen müssen.

Die Tatsache einer syphilitischen Infektion ist aus den Angaben des Bruders wohl als sicher anzunehmen. Der angebliche „Tripper" im Jahre 1919 wird wohl in diesem Sinne zu verdächtigen sein; jedenfalls spricht dafür die therapeutische Anwendung von Neo-Salvarsan durch den behandelnden Arzt. Die etwa infolge der strikten Negierung einer syphilitischen Infektion durch den Kranken und das Auftreten paralytischer Symptome bei verhältnismäßig früher Jugend naheliegende Vermutung einer Paralyse auf dem Boden kongenitaler Lues, wird durch mangelnden Anhalt für die Diagnose einer Syphilis beim Vater entkräftigt; auch wäre dann der Ausbruch schon in der Pubertät zu erwarten. Infolge der kurzen Zeitspanne zwischen dem vermuteten Infektionsdatum und dem Ausbruch der Psychose, und, weil wir kein klares Bild einer progressiven Paralyse vor uns haben, könnten wir hier versucht sein, eine Lues-Psychose, etwa *Plaut*'s Halluzinose der Syphilitiker", anzunehmen. In den unsinnigen Ideen mit dem Versündigungswahn, den Stimmen und anderen Halluzinationen, und dem Gefühl des Kranken, daß er hypnotisiert sei, ist viel Ähnlichkeit mit den von *Plaut* beschriebenen Krankheitsbildern obigen Namens. Die deutlicher schizophrene Färbung bei unserem Falle würde jedoch dagegen sprechen. Da nun *Plaut* selbst sogar diese Auffassung nicht als besondere Krankheit sicher stellt, werden wir gut tun, lieber mit einer echten Paralyse zu rechen. Gesichert werden wir in dieser Diagnose durch den positiven Ausfall der speziellen Untersuchungen. Wir beobachten dementsprechend ja auch zuerst die Entwicklung einer typischen Paralyse aus einem Prodromalstadium mit neurasthenischen und angeblich „rheumatischem" Beschwerden bis zum Auftreten von charakteristischen verkehrten Handlungen (Pat. legt sich z. B. angekleidet ins Bett) und Größenwahnideen. Dieses anfänglich klare paralytische Bild wird dann allmählich verwischt. Endlich lassen die dereistische Färbung der Wahnideen mit den typischen Nachstellungen, der Gedankenentzug, die immer deutlicher werdende autistische Einstellung des Kranken, der immer für sich allein bleibt, die krankhafte Sucht, transivistisch zu verallgemeinen (Pat. sagt: „ich habe Käfer in der Haut, Sie auch, Herr Doktor, — alle!"), die mangelnde Nachhaltigkeit des Willens, schließlich die ausgesprochene Bevorzugung der Gehörtäuschungen in Form von Stimmen und der Körperhalluzinationen bei sonst besonnenem Zustand, — alles an Schizophrenie erinnernde Symptome — den Gedanken an letztere Erkrankung auftauchen. Zuletzt weist nur noch der körperliche Befund den richtigen Weg zu der Diagnose einer primaeren progressiven Paralyse.

Von diesen Erscheinungen sind nun die Halluzinationen als direkte, die Willensschwäche und Hemmung als indirekte Folge des paralytisch-organischen Prozesses ohne weiteres zu verstehen. Zur Erklärung der übrigen Symptome müssen wir bei diesem Fall in besonderer Weise seine ursprüngliche Charakteranlage und die Daten und Ereignisse seines Lebenslaufes heranziehen. Als erregendes Moment steht psychisch im Mittelpunkt das Schuldgefühl des Patienten, das sich aus seiner Ansteckung mit Syphilis herleitet, und bei seinem pedantisch-schwerblütigen Temperament und seiner autistischen Zurückgezogenheit, die eine Ablenkung auf andere Gedanken erschwerte, an besonderem Gewicht gewann; mit dem durch die Paralyse verschuldeten Verlust der logischen Disziplin wird nun ein circulus vitiosus wirksam: der Autismus tritt immer stärker hervor, weil dieses Schuldgefühl als eine „Lebenswunde" den Patienten immer scheuer, empfindlicher und zurückgezogener macht, was umgekehrt wieder zu einer Überwertung der Schuld führt. Ein krankhaftes Ausmaß konnten diese Faktoren eben nur deshalb gewinnen, weil der Patient durch die fortschreitende Paralyse an der Fähigkeit verlor, sein logisches Denken und seine Affekte zu beherrschen, und deshalb der wahnhaften Verzerrung der Ideen kein Hindernis entgegenstand. Ein auf dem Boden paralytischer Hirnveränderung entstandenes Wahngebäude bekommt also hier eine bestimmte Färbung, weil eine schon vorher „überwertige" Idee vorhanden ist und katathym wirkt! Daß diese überwertige Idee nun neben dem durch sie veranlaßten Autismus noch weitere schizophrene Züge zeigt, erklärt sich aus den Bedingungen, unter denen sie entstand: Dem Patienten sind infolge seiner schizotischen Veranlagung und wahrscheinlich des in gleicher Weise beeinflussenden Verkehrs mit seiner frommen Braut religiös-dereistische Vorstellungen geläufig gewesen und es ist anzunehmen, daß er für sein Schuldgefühl in dem religiösem Erlösergedanken eine willkommene Erleichterung suchte; deshalb verwendet er diesen Vorstellungskreis vorwiegend bei seinen Wahnvorstellungen. Gleichzeitig aber wirkte im Rahmen dieser religiösen Ideen, vielleicht durch die sonntäglich gehörten Predigten mitgeteilt, die Vorstellung der gerechten Sühne für die Sünde niederdrückend und verstärkte so einen deprimierenden Eindruck, den er im Felde durch den häufigen Besuch der Station für Geschlechtskranke aus dem dort gebotenen, traurigen Bild gewonnen hatte und der ihn viel beschäftigte, weil er sich ja selbst doch auch krank wußte; daß er so oft davon erzählte, ist hierfür beweisend. Diese Tatsache und das Verlangen, sich selbst zu entschuldigen, erklären die transsivistischen Erscheinungen und die Sucht, zu verallgemeinern, die dann natürlich mit der Lösung der Assoziation durch die Paralyse unlogisch auf andere Gebiete übertragen wird; er denkt eben: „Ich brauche mich meiner Krankheit nicht zu schämen, es sind ja viele, ja alle so schlecht wie ich!" Den Stimmungscharakter seiner Wahnideen, das Grundgefühl, bestimmen also diese beiden

Komponenten: das Bewußtsein der Schuld und der verdienten Strafe und das Verlangen nach Erlösung; er fühlt sich traurig und niedergedrückt aus dem ersten Grunde, aus dem zweiten aber gleichzeitig in seiner Depression nicht absolut schlecht und allein schuldig, wie wir es gewöhnlich beim Versündigungswahn sehen, sondern in seinem Leid veredelt: er ist der Leidensmensch, der die Welt mit erlösen hilft! Die Vorstellungsform seiner Ideen, die gedankliche Formulierung ist durch zufällige Nebenumstände bedingt: So führt der vergebliche Versuch, sich durch gläubige Hingabe an die katholische Religion zu helfen, wozu ihm seine religiös eingestellte Braut veranlaßt haben mag, als selbstverständlichem Ergebnisse zu dem Gedanken: „es gibt keine (wirksame) katholische Kirche mehr, es gibt keinen katholischen Gott usw."; dafür gibt es jetzt einen „Lieben, Guten" (also etwas Neues, Hilfeversprechendes!), der ihn gesund gemacht hat und die notwendige „Arbeit an der Welt" mit seiner Hilfe macht. Daß er sich gerade Leidensmensch" nennt, entspricht auch einer dem christlichen Glauben entnommenen Vorstellung. Die Äußerung: „jeder Gedanke von ihm, dem höchsten Weltmeister, sei aus Porzellanstein mit indischer Schlangenmilch gekittet", ist aus irgend einem phantastischen Vorstellungskreis, etwa dem buddhistischen entnommen, dessen Kenntnis er aus seiner Lektüre (Pat. hat viel gelesen) gewonnen und, weil seinem Wesen und den von ihm bevorzugten Ideen besonders sympathisch und eindrucksvoll, in seinem Gedächtnis bewahrt haben mag. Sein schlechtes Gewissen verkörpert der böse Bruder, der tatsächlich von seiner Infektion mit Syphilis und der Salvarsanbehandlung wußte und vielleicht diese unangenehme Mitwissenschaft gegen ihn ausgespielt haben mag; nun liegt er im Grabe und stört ihn ständig, gibt ihm Salvarsanspritzen, entzieht ihm die Gedanken usw.; mit diesen Vorstellungen versucht er sich gleichzeitig eine Erklärung für die subjektiv empfundenen Hemmungen und die Halluzinationen zu schaffen.

Mit diesen Wahnideen sind fast alle Krankheitssymptome psychischer Art erschöpft; vielleicht könnte man doch in der Manier, jeden Tag regelmäßig dreimal die Welt zu begrüßen, eine gewisse Stereotypie sehen wollen, die aber aus dem Inhalt der Wahnideen und als stärkeres Hervortreten seiner schizotischen Eigenheiten zu verstehen ist, ebenso wie die etwas auffällige Art, beim Eintritt ins Zimmer exakt nach einander Oberärzte, Assistenzärzte und Ärzte zu begrüßen, nämlich als deutlicher hervorgekehrte Neigung zum pedantisch Genauem und theatralisch Gespreiztem.

Außerhalb des Wahnsystems erscheint der Kranke ganz geordnet und orientiert, um nur beim Berühren der empfindlichen Komplexe oder irgend eines Punktes seines Wahngebäudes Verwirrung zu zeigen. Die Assoziation ist also durch den paralytischen Prozeß noch nicht übermäßig gestört, weshalb wir ein so ausgeprägtes Wahnsystem nur auf Grund einer besonderen, die Entstehung wahnhafter Vorstellungen begünstigenden Charakteranlage verständ-

lich machen können, und zwar eben der schizotischen. Hier trägt an dem resultierenden Krankheitsbild die organische Schädigung nicht die alleinige Schuld, sondern die Intensität und Färbung der Krankheitszeichen ist aus den Vorbedingungen und der Grundstimmung zu verstehen; die vorhandenen schizotischen Züge sind durch den Vorgang des paralytischen Prozesses in den Vordergrund geschoben, bis zur krankhaften Betonung und Bewertung verstärkt und infolge des unlogischen, unkritischen Denkens zu einer unrealen und wahnhaften, Psyche und Verstand beherrschenden Wahnkombination erhoben worden. Der organische Prozeß ist und bleibt aber doch die primäre Ursache der schizophrenen Symptome! Denn ohne ihn hätten die vorhandenen Anlagen nicht zu einem solchen krankhaften Ausdruck gelangen können.

Vergleichend ist über diese drei angegebenen Fälle zu sagen, daß wir bei Fall I und II das Sekundäre der schizophrenen Symptome gegenüber der primären Paralyse von vornherein deutlich erkennen und die Paralyse nicht durch die schizophrenen Züge so verdeckt ist, daß man ihre Diagnose verfehlen könne. Bei Fall III haben wir aber durchaus den Eindruck einer Schizophrenie, wenigstens bei dem augenblicklichen Querschnittsbild, und würden — ohne den ausschlaggebenden körperlichen Befund und ohne Kenntnis des Längsschnittes des Krankheitsbildes — wohl nicht einmal an Paralyse denken. Solche Verhältnisse, wie bei diesem letzten Fall sind aber wohl selten; jedenfalls ist bisher in der Literatur noch kein analoger Fall angegeben worden. Im allgemeinen werden wir also fast immer, wenn schon durch den Körperbefund eine Paralyse festgestellt wird, neben eventuellen schizophrenen Symptomen gleichzeitig deutliche paralytische sehen und dann zu entscheiden haben, ob die schizophrenen Erscheinungen den Ausdruck einer parallel laufenden Schizophrenie sind, was wir heute nur sicher durch entsprechende anamnestische Angaben feststellen können, oder ob sie durch den paralytischen Prozeß sekundär entstehen.

Das Resultat dieser Arbeit ist also folgendermaßen zusammenzufassen:

Wenn wir schizophrene und paralytische Symptome bei einem Kranken nebeneinander sehen, so sind erstere bei für progressive Paralyse sprechendem Körperbefund in der Regel als direkt oder indirekt durch den organisch-paralytischen Prozeß bedingt zu erklären. Eine Kombination mit echter Schizophronie ist nur anzunehmen, wenn in der Anamnese sichere, eine Schizophrenie beweisende Anzeichen festzustellen sind oder wenn die schizophrenen Symptome nicht zwanglos aus den durch die Paralyse geschaffenen pathologischen Verhältnissen allein zu erklären sind.

LITERATUR-ANGABEN.

1. *Pilz:* Beiträge zur Lehre von der Heredität (XV. Band der „Arbeiten aus dem neurologischen Institut an der Wiener Universität", 1907).
2. *Kraepelin:* Allgemeine Psychologie, I. Band 1909.
3. *Berze:* Hereditäre Beziehungen der Dementia präcox, 1910.
4. *Stransky:* Über Dementia präcox, Wiesbaden 1909.
5. *Hirschl:* Dementia präcox, Vortrag gehalten im Verein für Psychiatrie und Neurologie, in Wien, am 12. März 1907.
6. *Bleuler:* Die Schizophrenien; Handbuch der Psychiatrie v. Aschaffenbug.
7. *Kretschmer:* Körperbau und Charakter, Berlin, Julius Springer, 1926.
8. *Raimann:* Die hysterischen Geistesstörungen, Wien, Fr. Derticke 1912.
9. *Kahlbaum:* Die Katanie oder das Spannungsirrsein, Berlin, Hirschwald 1874.
10. *Knecht:* Über die katatonen Erscheinungen bei der Paralyse; allg. Zeitschr. f. Psych. 42, 331 ff.
11. *Näcke:* Über typische Paralysen; allg. Zeitschr. f. Psych. 49, 1893.
12. *Köthgen:* Klin. Katatonie bei org. Erkrank. d. Schädelinhalts, Inaug. Diss. Zürich. 1899.
13. *Nissl:* Histologische und histopathologische Arbeiten, 1, 40 ff.
14. *Jahrmärker:* Zur Frage der Dementia präcox, Halle, Marrhold 1903.
15. *O. Fischer:* Referat über Lues-Paralyse. Allg. Zeitschr. f. Psych. 66, 395.
16. *Bienswanger:* Zur klin. u. anat. Differenzaldiagn. der p. Paralyse. Inaug.-Diss. Basel 1914.
17. *Mattauscheck:* Ein seltener atypischer Fall von pr. Paralyse. Jahrb. f. Psych. 26. 283 (1905).
18. *Willmanns* u. *Ranker:* Nissels Beiträge zur Frage d. Bez. zw. Klin. Verl. u. anat. Bef. d. Schiz. Heft 3, 1915.
19. *Schröder:* Über Remissionen der pr. Paralyse, Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 68, 160 ff. 1921.
20. *Häfner:* Katatone Symptone Symptome bei pr. Paralyse. Zeitschr. d. ges. Psych. u. Neurol. 68, 160 ff. 1921.

21. *Jakob:* Zur Klinik u. Path. Anatomie d. stationären Paralyse. Zeitschr. d. ges. Psych. u. Neur. 54, 117 ff. 1920.
22. *Vorkarstner:* Epilepsie u. Dement. präc. Beihefte z. d. Monatsschr. f. Psych. u. Neur., Heft 4, 1918.
23. *Carus:* Vorlesungen über Psychologie, 1829.
24. *Freud:* Traumdeutung, 1909.
25. *Jung:* Wandlungen und Symbole der Libido.
26. *Schilder:* Wahn und Erkenntnis, 1918.
27. *A. Storch:* Das archaisch-prim. Erleben und Denken der Schizophrenen. (Monograph. a. d. ges. Gebieten d. Neur. u. Psych.)
28. *Bumke:* Die Diagnose der Geisteskrankheit.
29. *Wollenberg:* Klin. Vortrag.

LEBENSLAUF.

Unterzeichneter ist am 19. 2. 1903 in Kgl. Wielepole, Krs. Rybnik O.-S., als Sohn des Hauptlehrers *Joseph Bienek*, geboren. Vom 6. bis zum 10. Lebensjahre besuchte er die Volksschule seines Geburtsortes. Dann absolvierte er das humanistische Gymnasium in Rybnik bis zur Reifeprüfung im Januar 1922. Im Mai 1922 immatrikulierte er sich in der medizinischen Fakultät in Innsbruck, im Sommer 1924 bestand er das Physikum in Breslau und im Sommer 1927 — nach klinischen Studien in Innsbruck, Freiburg i. Br. und Breslau — das medizinische Staatsexamen in Breslau.

Er besitzt die preußische Staatsangehörigkeit.

Breslau, den 20 .6. 1927.

Waldemar Bienek.